

**Заявка на участие в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), осуществляемой отделом DDA**

**Заявку на переход из одной альтернативной программы услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), осуществляемой отделом DDA, в другую  
Request for Enrollment in DDA HCBS Waiver or Request to Change from One DDA HCBS Waiver to Another**

**Инструкции:** Заявку на участие в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), осуществляемой отделом DDA, или на переход из одной альтернативной программы в другую можно подать как в устной, так и в письменной форме. Для того чтобы подать заявку в устной форме, свяжитесь с Вашим региональным офисом по телефону (номера телефонов региональных офисов указаны на последней странице бланка заявки). Для подачи заявки в письменной форме воспользуйтесь данным бланком.

Заполняя этот бланк, указывайте сведения настолько полно, насколько это возможно, или в желаемом объеме. Вы можете приложить какие-либо документы, которые по Вашему мнению, помогут отделу DDA решить, следует ли включить Вас в альтернативную программу или перевести в новую альтернативную программу. Заполненный бланк отдайте или отправьте по почте сотруднику, ведущему Ваше дело. (Почтовый адрес и контактная информация для всех региональных офисов указаны на последней странице данного бланка заявки). Отдел DDA ответит на Вашу заявку в письменном виде. Если Вам нужна помощь, чтобы заполнить этот бланк, Вы можете обратиться к сотруднику, ведущему Ваше дело, или позвонить в организацию по защите прав инвалидов, "Disability Rights Washington", по телефону (800) 562-2702, или (800) 905-0209 (Линия ТТУ), или (206) 324-1521, или (206) 957-0728 (Линия ТТУ).

Если Вы хотели бы получить дополнительную информацию об услугах, предоставляемых в рамках четырех альтернативных программ HCBS Waivers, Вы можете посетить интернет-сайт, указанный ниже, и ознакомиться с Информационным листком по альтернативным программам (Waiver Plan Fact Sheet) и Брошюрой о программах HCBS Waiver (DDA HCBS Waiver Brochure) или связаться с Вашим региональным офисом и запросить эти документы в печатном виде.

<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/home-and-community-based-waivers-hcbs>

МОИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
НОМЕР DDA КЛИЕНТА	ФАМИЛИЯ, ИМЯ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
МОЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ФАМИЛИЯ, ИМЯ ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС			
<input type="checkbox"/> В данный момент я являюсь участником альтернативной программы _____, но я бы хотел(-а) подать заявку на участие в альтернативной программе _____. <b>Дата заявки:</b> <input type="checkbox"/> В настоящее время я не участвую в альтернативной программе и прошу включить меня в альтернативную программу			
Я хочу стать участником альтернативной программы или сменить альтернативную программу по следующей причине:			
Мне необходимы следующие дополнительные услуги: (в случае необходимости, приложите недостающие листы бумаги)			
У меня есть дополнительные подтверждающие документы, которые я представил(а) вместе с данной заявкой на участие в альтернативной программе или переход из одной альтернативной программы в другую. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если Вы ответили "Да", приложите документы к заявке.</b>			
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА	

**Контактная информация по регионам**  
<https://www.dshs.wa.gov/DDA/dda/find-an-office#>

**Главная контора 1-го региона в северной части страны**

1611 West Indiana Avenue  
Spokane, WA 99205-4221  
Место: (509) 329-2900  
TTY: (509) 568-3038  
ФАКС: (509) 568-3037  
Бесплатный номер: 1-800-462-0624  
Адрес электронной почты: [DD1FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD1FSO@dshs.wa.gov)

**Главная контора 1-го региона в южной части страны**

3700 Fruitvale Blvd., Suite 200  
Yakima, WA 98902-1100  
PO Box 12500  
Yakima, WA 98909-1100  
Место: (509) 225-4620  
TTY: (509) 454-4321  
ФАКС: (509) 574-5607  
Бесплатный номер: 1-800-822-7840  
Адрес электронной почты: [DD1FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD1FSO@dshs.wa.gov)

**Главная контора 2-го региона в северной части страны**

840 North Broadway, 1st floor  
Building A, Suite 100  
Everett, WA 98201-1288  
Место: (425) 339-4833  
TTY: (425) 339-4850  
ФАКС: (425) 339-4856  
Бесплатный номер: 1-800-788-2053  
Адрес электронной почты: [DD2FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD2FSO@dshs.wa.gov)

**Главная контора 2-го региона в южной части страны**

1700 East Cherry Street  
Seattle, WA 98122  
Место: (206) 568-5700  
TTY: (206) 720-3325  
ФАКС: (206) 720-3334  
Бесплатный номер: 1-800-314-3296  
Адрес электронной почты: [DD2FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD2FSO@dshs.wa.gov)

**Главная контора 3-го региона в северной части страны**

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300  
Tacoma, WA 98402  
Место: (253) 404-8500  
TTY: (253) 572-7381  
ФАКС: (253) 597-4368  
Бесплатный номер: 1-800-248-0949  
Адрес электронной почты: [DD3FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD3FSO@dshs.wa.gov)

**Главная контора 3-го региона в южной части страны**

Point Plaza East, Bldg. 2, 3rd Floor  
6860 Capitol Blvd. SE  
PO Box 45315  
Olympia WA 98504-5315  
Место: (360) 725-4250  
TTY: (360) 586-4719  
ФАКС: (360) 586-6502  
Бесплатный номер: 1-800-339-8277  
Адрес электронной почты: [DD3FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD3FSO@dshs.wa.gov)